

K J C再生医療PRP（頭皮）

患者番号	@@SYPID@@	出力日	@@DYTODAY@@
患者氏名	@@ORIBP_KANA@@	診療科	@@INDICATESTAFF_SELECT EDDEPT_NAME@@
	@@ORIBP_KANJI@@		
生年月日	@@ORIBP_BIRTHDAY@@ @@SYAGE@@	性別	@@ORIBP_SEX@@
		出力者名	@@SYUSRNAME@@

同意撤回書

再生医療等名称：

毛髪の発育を目的とした自家多血小板血漿（^{ピーアールビー}PRP）療法

私は、上記の治療を受けることについて、同意しましたが、この同意を撤回します。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存ありません。

同意撤回年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま署名： _____

代諾者署名： _____（続柄： _____）